

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	資格取得	昭和・平成・令和	年 月 日
			資格喪失	令和	年 月 日
			備考		

※上記は記入しないで下さい

インフルエンザ予防接種費用補助申請書

令和 X 年 11 月 25 日申請

日本無線健康保険組合 常務理事殿

被保険者名	健保 太郎 (印)	被保険者証	記号 1010	番号 99999	
接種者氏名	続柄	接種日	接種金額	健保使用 ※記入しないでください	
1	健保 太郎	本人	令和 X 年 10 月 18 日	3,000 円	円
2	健保 花子	妻	令和 X 年 11 月 20 日	3,000 円	円
3	健保 一郎	子	令和 X 年 11 月 20 日	1,500 円	円
4			令和 年 月 日	円	円
5			令和 年 月 日	円	円
6			令和 年 月 日	円	円
7			令和 年 月 日	円	円
8			令和 年 月 日	円	円
				合計	円

<注意事項>

1. 補助の対象

- ① 接種した日に当健康保険組合の加入者であること
- ② 当該年度10月1日から12月31日までに接種したもの

2. 領収書(コピー不可)の原紙を接種者順に重ねて左上にホッチキス止めしてください。レシートは不可です。

3. 領収書は一人につき一枚ずつ必要です。次の項目を明記してもらってください。

- ① 接種者氏名(フルネーム) 会社宛は不可
- ② 接種年月日
- ③ ワクチンの内容(インフルエンザ予防接種と明記してあること)
- ④ 領収金額(他の項目と一緒にの場合は予防接種の金額がわかること)
- ⑤ 医療機関名と印

4. 被保険者単位で年度内 1 回限りの申請となります。被保険者・被扶養者をまとめて申請してください。2回目以降の申請は、受理できませんのでご注意ください。

5. 補助額は1人当たり3,000円まで。(2回接種した場合でも1回のみ)

6. 補助金は、会社を経由してお支払いします。そのため、請求は会社経由です。この申請書は、各所属担当者

者に提出してください。

7. 申請期限は当該年度1月31日(健保組合必着)です。